

BGer 9C 614/2016 vom 5. Dezember 2016

Bundesgericht, 2016-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_614_2016

FR: TF 9C 614/2016 du 5 décembre 2016

IT: TF 9C 614/2016 del 5 dicembre 2016

Regeste

Assurance-invalidité (révision) | Assurance-invalidité

Erwägungen

E. 1

Le recours en matière de droit public peut être formé pour violation du droit, tel qu'il est délimité par les art. 95 et 96 LTF. Le Tribunal fédéral applique le droit d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral n'examine en principe que les griefs invoqués, compte tenu de l'exigence de motivation prévue à l' art. 42 al. 2 LTF, et ne peut aller au-delà des conclusions des parties (art. 107 al. 1 LTF). Il fonde son raisonnement sur les faits retenus par l'autorité précédente (art. 105 al. 1 LTF) sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). La partie recourante qui entend s'écarter des faits constatés doit expliquer de manière circonstanciée en quoi les conditions de l' art. 105 al. 2 LTF sont réalisées, sinon un état de fait divergent ne peut être pris en considération (art. 97 al. 1 LTF).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de sa rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2014 dans le contexte d'une procédure de révision (art. 17 LPG). Il s'agit en particulier de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est modifié au point de justifier la suppression à partir du 1er août 2014 de la rente entière versée jusque-là. Le jugement entrepris expose de manière complète les dispositions légales et la jurisprudence nécessaires à la résolution du litige. Il suffit d'y renvoyer.

E. 3.1

La juridiction cantonale a constaté que l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré et que cette dernière présentait au jour de la décision attaquée une capacité de travail résiduelle de 70 % dans une activité adaptée. Elle s'est fondée en particulier sur l'expertise du docteur G._____ (rapport du 6 novembre 2012), à laquelle elle a conféré une pleine valeur probante, et a expliqué les raisons pour lesquelles elle ne suivait pas, en particulier, les appréciations des docteurs H._____ (rapports des 24 mars et 13 novembre 2013) et E._____ (rapports des 28 décembre 2011, 10 juillet et 15 novembre 2013). Prenant en compte un revenu sans invalidité de 54'822 fr. 90 et un revenu avec invalidité de 53'143 fr. 15, elle a ensuite fixé le taux d'invalidité à 32 %, ce qui justifiait la suppression du droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

E. 3.2

La recourante se plaint d'une appréciation arbitraire des preuves menant à une violation de son droit d'être entendue. Tel qu'invoqué dans le recours en lien avec le choix du tribunal cantonal de suivre certaines appréciations médicales et non pas d'autres, le grief de violation du droit d'être entendu n'a pas de portée propre par rapport à celui tiré de l'arbitraire dans l'appréciation des preuves (cf. arrêt 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.2; voir aussi Ulrich Meyer, Tatfrage - Rechtsfrage, in: Grenzfälle in der Sozialversicherung, 2015, p. 102), de sorte qu'il sera examiné avec les autres motifs. Sur le fond, invoquant l'établissement inexact des faits et la violation de l'art. 28 LAI, l'assurée reproche en substance à la juridiction cantonale d'avoir arbitrairement fait siennes les conclusions de l'expert G._____ et d'avoir écarté celles des docteurs H._____ (rapports des 24, 25 mars et 13 novembre 2013) et E._____ (rapport du 10 juillet 2013) qui mentionnaient une aggravation de son état de santé et une incapacité totale de travail.

E. 4

L'argumentation de la recourante ne saurait être suivie.

E. 4.1

En tant qu'elle semble tout d'abord mettre en doute le rapport du docteur G._____ du 7 mars 2014 en invoquant que le médecin se serait principalement fondé sur les avis du docteur J._____ des 30 octobre et 24 novembre 2013 sans procéder à aucun examen clinique, le grief de l'assurée tombe à faux. Le but dudit rapport était justement que l'expert prenne position sur les avis du docteur J._____ que la recourante avait produits (courrier du 20 février 2014) et indique s'ils justifiaient une appréciation différente de la situation de l'assurée que celle à laquelle il était parvenu en 2012. A l'époque, le docteur G._____ avait procédé à l'examen clinique nécessaire. Il s'était fondé sur l'étude du dossier asséculogique, l'anamnèse, les plaintes subjectives et les constatations objectives lors de son examen de l'assurée. A la demande de l'office AI, l'expert s'était par ailleurs déterminé (rapports des 7 mars et 4 avril 2014) sur l'appréciation des médecins du Centre de soins hospitaliers de I._____ (rapports des 26 novembre 2012 et 15 avril 2013) ainsi que sur celle des docteurs E._____ (rapports des 10 juillet et 15 novembre 2013) et J._____ (rapports des 30 octobre et 24 novembre 2013) qui avaient revu l'assurée plusieurs fois après l'expertise. Le praticien n'avait pas constaté d'éléments nouveaux qui auraient modifié son appréciation et l'aurait amené à constater une péjoration de l'état de santé, voire aurait justifié un nouvel examen clinique de sa part. Dans ces circonstances, ses conclusions rendues sur la base de l'évaluation de ses confrères et suffisamment motivées ne sauraient être considérées comme dénuées de valeur probante.

E. 4.2

La recourante fait ensuite mention de son hospitalisation du 26 octobre au 9 novembre 2012 ainsi que de celle du 3 mars au 12 avril 2013 intervenue quatre mois après le rapport des docteurs F._____ et G._____, ce qui démontrait selon elle que les experts avaient "mal diagnostiqué l'assurée". Or il ressort des constatations de la juridiction cantonale que la crise apparue immédiatement après l'examen clinique du 25 octobre 2012 et ayant mené à la première hospitalisation parlait en faveur d'une problématique provoquée par un événement ponctuel et non d'une maladie psychique à part entière. Quant à la psychose survenue en mars 2013 et ayant mené à la seconde hospitalisation, elle était en lien, selon les médecins du Centre de soins hospitaliers de I._____, avec la nouvelle de la réévaluation de la rente et avait pu rapidement être diminuée au point qu'une nette

amélioration avait été constatée au moment de la sortie de l'hôpital. Ces constatations ne sont pas sérieusement discutées par la recourante, qui se limite à déduire des séjours hospitaliers une sévère aggravation de son état de santé, ce qui ne suffit pas à démontrer l'arbitraire de l'appréciation cantonale. Par ailleurs, alléguer un risque d'hospitalisation à venir n'est pas propre à prouver la réalité d'une aggravation de l'état de santé au moment déterminant de la décision administrative du 18 juin 2014.

E. 4.3

Contrairement à ce que soutient l'assurée s'agissant du fait que la doctoresse H. _____ n'est pas psychiatre, la jurisprudence exige en principe qu'un spécialiste en psychiatrie se prononce lorsqu'il s'agit d'examiner le volet psychique de l'état de santé (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353). L'appréciation qu'a faite la juridiction cantonale de l'avis de la doctoresse H. _____ - évaluation non déterminante quant au volet psychiatrique - est dès lors conforme au droit. C'est également en vain que la recourante se réfère aux avis des docteurs L. _____, B. _____ et C. _____, puisque ces médecins se sont prononcés en 2004 alors qu'il s'agissait en l'occurrence pour le tribunal cantonal d'établir l'évolution jusqu'en 2014 de l'état de santé de l'assurée. Quant à la prise de position du docteur E. _____, la recourante se contente de se référer aux conclusions du 10 juillet 2013 et de les opposer à celle de l'expert psychiatre. Cela ne suffit cependant pas pour démontrer l'arbitraire du choix de la juridiction cantonale de suivre l'évaluation du docteur G. _____ et non celle du psychiatre traitant. A cet égard, la juridiction cantonale a constaté en se référant à l'avis du docteur G. _____ du 4 avril 2014 que les différents avis du psychiatre traitant étaient peu détaillés, ne décrivaient pas les symptômes retenus et ne mentionnaient pas sur quels examens le médecin s'était fondé. Les raisons pour lesquelles le tribunal cantonal a ainsi indiqué ne pas suivre le docteur E. _____ n'apparaissent pas insoutenables.

E. 4.4

Finalement, c'est en vain que l'assurée tente de tirer argument de son âge. Compte tenu du contexte personnel et professionnel, la mise en valeur d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé est objectivement exigible. Âgée de 48 ans au moment où les rapports d'expertise ont été rendus (les 26 octobre et 6 novembre 2012; ATF 138 V 457 consid. 3.3 p. 461), la recourante n'avait de loin pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste d'exploiter la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. arrêts 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.3 et 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2).

E. 5

En conséquence de ce qui précède, les griefs de la recourante sont mal fondés, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation des preuves à laquelle a procédé la juridiction cantonale. La mise en oeuvre d'une nouvelle expertise telle que demandée à titre subsidiaire par l'assurée se révèle par ailleurs superflue, dès lors que le dossier comprend suffisamment d'informations médicales permettant de forger la conviction du tribunal. Le recours doit donc être rejeté.

E. 6

Vu le sort du litige, la requête d'effet suspensif n'a plus d'objet.

E. 7

Vu l'issue du litige, les frais judiciaires sont mis à la charge de la recourante (art. 66 al. 1 LTF) qui ne peut prétendre des dépens (art. 68 al. 1 LTF).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.